RÉDUIRE
RÉUTILISER
RECYCLER

# STRATÉGIE POUR LA GESTION DES DÉCHETS BIOMÉDICAUX EN ONTARIO

JUIN 1992

Document préparé par :
le ministère de l'Environnement
le ministère de la Santé
l'Association des hôpitaux de l'Ontario

Environment
Environnement
Ontario

Ministère de la Santé
Ontario

Imprimé au moyen d'encre organique sur du papier non blanchi
ne contenant que des fibres post-consommation.

© Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 1992
PIBS 1956 F
ISBN 0-7729-9946-5

## APPEL DE COMMENTAIRES

Les personnes et les groupes intéressés sont invités à se prononcer sur la présente stratégie en déposant des mémoires à la Direction de la gestion des déchets du ministère de l'Environnement. Le personnel de la Direction se tient à la disposition des groupes souhaitant discuter plus en profondeur des questions soulevées par la stratégie. Prière d'adresser les observations et les demandes de présentation à l'adresse suivante :

Stratégie pour la gestion des déchets biomédicaux
Direction de la gestion des déchets
Ministère de l'Environnement
135, avenue St. Clair ouest
Toronto (Ontario) M4V 1P5

On peut se procurer d'autres exemplaires du présent document en s'adressant au :

Ministère de l'Environnement
Centre d'information
135, avenue St. Clair ouest
Toronto (Ontario) M4V 1P5

(416) 323-4321
1-800-565-4923

93-02451/

# TABLE DES MATIÈRES


| | | |
|---|---|---|
| 1.0 | INTRODUCTION | 1 |
| 2.0 | RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX | 1 |
| 3.0 | PROPOSITIONS | 4 |
| 3.1 | Nouvelles installations | 4 |
| 3.2 | Processus de planification | 5 |
| 3.3 | Comités de planification régionaux<br>Cadre de référence | 6 |
| 3.4 | Ressources | 7 |
| 3.5 | Autorisations environnementales | 9 |

## 1.0 INTRODUCTION

La gestion des déchets biomédicaux, d'une façon à la fois conciliable avec l'environnement et économiquement avantageuse, est une question d'actualité en Ontario. Deux préoccupations, inséparables, sont au coeur du dossier : l'Ontario exporte une grande partie de ses déchets biomédicaux, d'où la nécessité de mettre de nouvelles installations à la disposition des hôpitaux et autres producteurs de déchets biomédicaux. C'est dans le but de trouver des solutions à ces problèmes que se sont réunis les ministères de l'Environnement et de la Santé et l'Association des hôpitaux de l'Ontario. De cette collaboration est née la stratégie exposée dans les pages qui suivent.

Cette stratégie s'appuie sur les principes suivants :

- l'Ontario doit gérer lui-même ses déchets biomédicaux;
- de nouvelles installations régionales de gestion de déchets biomédicaux seront construites et gérées de la façon la plus rentable possible, compte tenu des contraintes financières avec lesquelles doit composer le système de soins de santé en Ontario;
- ces installations seront réservées au traitement de déchets biomédicaux et pharmaceutiques;
- dans la mesure du possible, le traitement de déchets d'origine non anatomique se fera par des moyens autres que l'incinération;
- l'incinération sera réservée à l'élimination de déchets d'origine anatomique ou pharmaceutique, à moins que les autres techniques se révèlent impraticables pour des raisons de nature économique ou technique; et
- les incinérateurs de déchets biomédicaux exploités à l'heure actuelle qui ne sont pas dotés des meilleurs dispositifs de lutte contre la pollution atmosphérique seront désaffectés au fur et à mesure que seront mises en activité les nouvelles installations régionales.

## 2.0 RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

*Déchets médicaux*

Les soins de santé dispensés aux êtres humains et aux animaux, les activités d'enseignement et de recherche, les tests cliniques et biologiques et les études post mortem sont autant d'activités

productrices d'un genre de déchets particulier qu'on appelle couramment « déchets médicaux ». On évalue à environ 150 000 tonnes la quantité de ces déchets produits en Ontario chaque année. Pour la plupart (90 p. 100), ces déchets ne sont pas dangereux et ne font donc pas l'objet de mesures spéciales avant d'être éliminés dans les lieux d'enfouissement pour déchets urbains.

*Déchets biomédicaux*

Moins de 10 p. 100 (entre 10 000 et 15 000 tonnes) des déchets médicaux sont considérés assez dangereux pour justifier une manipulation et un traitement particuliers avant leur élimination. Ces déchets, désignés couramment sous l'appellation de « déchets biomédicaux », comprennent les déchets anatomiques d'origine humaine, les déchets issus d'animaux infectieux, les déchets microbiologiques, les liquides organiques, dont le sang humain et les produits qui en sont dérivés, les aiguilles et les instruments tranchants, et les déchets provenant de patients atteints de maladies hautement transmissibles. De ces déchets, 60 p. 100 émanent des hôpitaux et le reste, de laboratoires, de cliniques, de cabinets médicaux et de cabinets dentaires.

*Coûts-efficacité*

Pour l'ensemble, les déchets biomédicaux proviennent des activités de soins de santé subventionnés par des fonds publics. Comme on sait, le système de soins de santé ontarien doit composer avec des ressources financières toujours plus restreintes. Aussi les nouvelles installations d'élimination des déchets biomédicaux doivent-elles être soumises à certaines considérations monétaires.

*3 « R »*

Autant que possible, les programmes de réduction, de réutilisation et de recyclage devraient être entrepris pour les déchets solides non dangereux issus d'établissements de soins de santé. Le ministère de l'Environnement a rendu public, en octobre 1991, un document de travail (*Mesures de réglementation à prendre pour atteindre les objectifs de l'Ontario en matière de réduction des déchets*) qui propose diverses initiatives d'application des 3 « R » et les objectifs que les établissements de soins de santé du secteur public devraient chercher à atteindre. La stratégie régionale proposée ici touche uniquement les déchets biomédicaux, ceux-ci n'étant pas, pour des raisons évidentes de santé publique, toujours conciliables avec les 3 « R ».

*Autonomie*

La stratégie globale préconisée par l'Ontario vise à l'autonomie en matière de gestion des déchets. Pour l'instant, l'Ontario exporte 60 p. 100 de ses déchets biomédicaux vers le Québec et les États-Unis, d'où la nécessité de créer une infrastructure adaptée au traitement et à

l'élimination de ces déchets.

*Mise au point sur les installations en service à l'heure actuelle*

Le reste des déchets biomédicaux de l'Ontario (40 p. 100) sont incinérés dans une centaine d'installations réparties un peu partout dans la province. Bien que ces incinérateurs soient conformes aux règlements en matière de pollution atmosphérique en vigueur à l'heure actuelle, ils ne sont pas dotés d'équipement antipollution moderne et leur exploitation à long terme suscite certaines inquiétudes. Ces incinérateurs fonctionnent sur le principe de la dilution des polluants au lieu de les recueillir à la souche de cheminée. Le nombre des incinérateurs hospitaliers décroît progressivement du fait qu'ils sont volontairement désaffectés par les hôpitaux ou à la demande du ministère du Travail ou du ministère de l'Environnement. Dans bien des cas, ces installations servent à l'incinération de déchets solides non dangereux provenant d'hôpitaux. Quoique les incinérateurs hospitaliers en service actuellement aient été conçus pour éliminer tant les déchets biomédicaux que les déchets ordinaires, la stratégie proposée dans le présent document de travail prévoit leur désaffectation progressive au fur et à mesure que les nouvelles installations seront aménagées. Conséquemment à l'interdiction de nouveaux incinérateurs de déchets urbains, imposée en avril 1991 par le ministère de l'Environnement, les nouvelles installations ne pourront pas brûler de déchets urbains non dangereux.

*Les méthodes actuelles*

L'incinération constitue depuis longtemps la principale méthode d'élimination de déchets biomédicaux. Elle demeure en fait la seule méthode autorisée par le ministère de l'Environnement dans les grandes installations régionales de traitement de déchets biomédicaux. Quant aux autoclaves, méthode adoptée par quelques hôpitaux de la province, leur emploi n'est pas encore autorisé pour le traitement de grandes quantités de déchets biomédicaux à l'intérieur d'installations régionales.

*Moyens autres que l'incinération*

L'emploi d'autoclaves, de micro-ondes et de la méthode du broyage et de la désinfection (Hammermill) se répand dans d'autres compétences soucieuses de dissiper les craintes du public à l'égard de l'incinération des déchets biomédicaux. La méthode Hammermill vient d'être mise à l'essai par le Conseil des hôpitaux de la communauté urbaine de Toronto. Cette méthode consiste à réduire en granules, par déchiquetage et broyage, les déchets biomédicaux qui sont au même instant décontaminés grâce à une solution diluée d'hypochlorite de sodium (eau de javel). L'autoclave, quant à lui, stérilise les déchets dans une enceinte hermétiquement close dans laquelle on injecte, sous

pression, de la vapeur saturante. Pour le procédé des micro-ondes, les déchets sont déchiquetés, puis soumis à des hyperfréquences dont l'effet thermique détruit les germes infectieux. Ces trois méthodes permettent d'éliminer les déchets biomédicaux traités dans les lieux d'enfouissement et représenteraient, pour cette raison, une solution plus rentable et plus acceptable du point de vue de l'environnement que l'incinération. Le ministère de l'Environnement, le ministère de la Santé et l'Association des hôpitaux de l'Ontario étudient actuellement les résultats des essais dont ont fait l'objet ces nouvelles méthodes. Ils établiront par la suite les critères de conformité (rendement et exploitation) qui en régiront l'homologation. Les essais menés par le Conseil des hôpitaux de la communauté urbaine de Toronto sur la méthode Hammermill serviront à élaborer les critères de conformité régissant le broyage et la désinfection. Ces critères seront fixés de façon définitive avant la mise en vigueur de la stratégie.

*Déchets biomédicaux*

Aux termes de la *Loi sur la protection de l'environnement* (Règlement 309), les déchets biomédicaux sont classés dans la catégorie des « déchets pathologiques ». Soulignons toutefois que le Règlement 309 définit mal les déchets régis par cette loi, ce qui rend difficile son interprétation et son application par les établissements de soins de santé producteurs de déchets biomédicaux. C'est pour cette raison que les pratiques de gestion de déchets varient tellement en Ontario. Le ministère de l'Environnement s'est donc chargé d'élaborer une nouvelle définition des déchets biomédicaux, laquelle est présentée à la section 3.4.

## 3.0 PROPOSITIONS

Les propositions ci-après ont été formulées conjointement par le ministère de l'Environnement, le ministère de la Santé et l'Association des hôpitaux de l'Ontario dans le but de faciliter une gestion des déchets biomédicaux qui soit à la fois conciliable avec l'environnement et économiquement avantageuse.

### 3.1 Nouvelles installations

*Installations régionales*

C'est l'opinion du ministère de l'Environnement et de l'Association des hôpitaux de l'Ontario que les installations régionales offrent la solution la plus économiquement avantageuse pour détruire les déchets biomédicaux, le coût des installations sur place étant devenu prohibitif. Il est proposé que les nouvelles installations soient collectives, qu'elles

servent aux hôpitaux et autres producteurs de déchets biomédicaux d'une même région. Ces installations de devraient pas dépendre uniquement de l'incinération, mais faire appel à diverses techniques homologuées pour le traitement de déchets biomédicaux. La construction d'une seule installation centralisée n'est pas une solution envisagée, puisque les déchets biomédicaux doivent être traités près de leur point d'origine.

*Plan régional de gestion des déchets biomédicaux*

Il est donc proposé que les hôpitaux, en qualité de principaux producteurs de déchets biomédicaux, mettent en branle un processus de planification dans chacune des régions (Figure 1) par l'intermédiaire de comités de planification régionaux, composés de représentants des hôpitaux et d'autres intervenants (voir la section 3.2). De cette planification émanera, dans chaque région, un plan de gestion des déchets biomédicaux comportant une proposition quant à la création d'une usine de traitement et d'élimination de déchets et les dispositions envisagées pour la collecte et le transport des déchets.

*Installations privées ou publiques?*

De nombreux administrateurs d'hôpitaux ontariens penchent en faveur des installations sur place, qu'ils estiment être la façon la plus économique d'éliminer les déchets biomédicaux. En revanche, d'autres administrateurs considèrent que l'élimination des déchets ne devrait pas être du ressort des hôpitaux. Tous s'accordent pourtant à reconnaître la nécessité de réduire les coûts, d'autant plus que les fonds affectés au système de santé sont restreints. Aussi les coûts de construction et d'exploitation sont-ils au premier plan de la stratégie. Les entreprises du secteur privé sont invitées à exprimer leurs idées sur les façons d'établir des installations et des réseaux de transport conciliables avec les restrictions financières du secteur public.

*Cadre de référence*

Le ministère de l'Environnement, le ministère de la Santé et l'Association des hôpitaux de l'Ontario ont établi un cadre de référence précis, que les comités de planification régionaux seront tenus de suivre. Ce cadre de référence est exposé à la section 3.3.

*Financement*

Le présent document de travail met les intervenants au défi de trouver des solutions créatives pour composer avec la pénurie de fonds publics. Pour l'instant, le ministère de la Santé est habilité à subventionner la totalité des coûts d'investissement des incinérateurs hospitaliers. Il réexaminera ses politiques d'investissement à la lumière des suggestions issues de la consultation publique. Les comités de planification régionaux disposeront des fonds nécessaires à leurs activités (consultants, réunions publiques et ainsi de suite).

## 3.2 Processus de planification

*Consultation du public*

La consultation publique est fondamentale au succès de la stratégie. Ainsi les personnes touchées par la gestion de déchets biomédicaux pourront-elles exprimer librement leurs inquiétudes, faire valoir leurs points de vue et énoncer leurs besoins.

*Comités de planification régionaux*

L'élaboration des plans régionaux de gestion de déchets biomédicaux se fera par des comités régionaux, composés de représentants des principaux producteurs de déchets biomédicaux. À cette fin, la province a été divisée en six régions (voir la figure 1), établies en fonction des régions administratives du ministère de la Santé. Un comité de planification sera constitué dans chacune d'elles.

*Organisation des comités*

*Apport du public*

Les hôpitaux, en leur qualité de principaux producteurs de déchets biomédicaux, présideront les comités et dirigeront le processus de planification. Il a été proposé que les producteurs de déchets autres que les hôpitaux, les municipalités et le public fassent partie des comités de planification. Le ministère de l'Environnement, le ministère de la Santé et l'Association des hôpitaux de l'Ontario interviendront à titre de conseillers. Tous sont invités à se prononcer sur l'organisation et la composition des comités.

*Réunions publiques*

Il est proposé que les comités de planification régionaux initient et président au moins deux réunions publiques, la première ayant lieu au tout début du processus de planification dans le but de préciser les modalités du processus de planification. Au terme du processus, les comités de planification devraient tenir une seconde réunion publique afin de présenter leurs recommandations.

## 3.3 Cadre de référence des comités de planification régionaux

Le cadre de référence et les budgets seront présentés aux comités de planification par le ministère de la Santé, le ministère de l'Environnement et l'Association des hôpitaux de l'Ontario. Ceux-ci exposeront le cadre de référence définitif après l'étude des commentaires du public. Les comités régionaux s'appuieront sur ce cadre de référence pour élaborer leur plan. Voici les lignes directrices qui devraient guider les activités de planification :

i) le traitement de déchets non anatomiques devrait se faire par des moyens autres que l'incinération, pour peu qu'ils soient

techniquement possibles et économiquement avantageux;

ii) l'incinération devrait servir au traitement des déchets anatomiques, pharmaceutiques et microbiologiques qui présentent des risques biologiques élevés;

iii) le traitement sur place (sans incinération) pourra être envisagé si les dépenses en sont justifiées et s'il est appuyé par le comité;

iv) les nouvelles installations ne devront pas traiter les déchets hospitaliers non dangereux (déchets courants);

v) les comités devront planifier la collecte des déchets et leur transport vers l'installation régionale;

vi) les comités devront étudier les répercussions des installations sur la main-d'oeuvre et élaborer un plan d'adaptation;

vii) les comités devront évaluer les différentes options présentées relativement à la propriété et à l'exploitation des installations et analyser les coûts-avantages propres à chacune;

viii) les comités devront effectuer une analyse des implications techniques et environnementales des options présentées;

ix) les comités devront planifier la désaffectation progressive des incinérateurs de déchets biomédicaux qui ne sont pas dotés des « meilleures techniques d'épuration de l'air disponibles »; et

x) les comités devront entreprendre un programme de consultation du public, tel que le définit la stratégie.

Se fondant sur les besoins de leur région respective, les comités de planification devront évaluer les avantages techniques, environnementaux et économiques de chacune des options présentées. Ils devront à cette fin faire intervenir divers facteurs, dont le rendement et le rapport coût-efficacité des moyens employés, la dimension et l'emplacement des installations, les répercussions de celles-ci sur l'environnement et la question de leur propriété. Les installations peuvent incorporer différentes techniques. Les comités régionaux proposeront des solutions quant à la propriété et à l'exploitation des installations.

Les comités disposeront d'un an à compter de la date de leur formation pour présenter leur plan final de gestion de déchets biomédicaux aux ministères de la Santé et de l'Environnement. Ils pourront retenir les services d'un conseiller technique pour les aider à évaluer les différentes options.

## 3.4 Ressources

*Information requise*

Les comités de planification devront avoir à leur disposition toute l'information dont ils ont besoin quant aux quantités de déchets à traiter, aux techniques à envisager et aux coûts d'élimination des déchets biomédicaux. Afin de faciliter l'exécution de la stratégie, le ministère de la Santé, le ministère de l'Environnement et l'Association des hôpitaux de l'Ontario entreprendront les initiatives décrites plus bas.

*Définition de déchets biomédicaux*

Afin de préciser plus clairement le flux de déchets, il a été décidé de modifier la définition de « déchets pathologiques » figurant dans le Règlement 309 de la *Loi sur la protection de l'Environnement*. C'est à cette fin qu'un comité d'intervenants a été mis sur pied en 1990.

*Commentaires du public*

La nouvelle définition de « déchets biomédicaux » (Figure 2) aidera les producteurs de déchets à séparer leurs déchets biomédicaux des autres sortes de déchets. La quantité des déchets biomédicaux pris en application de cette nouvelle définition déterminera les dimensions des nouvelles installations régionales. Toutes les personnes intéressées sont invitées à se prononcer sur la pertinence de cette nouvelle définition.

*Étude sur les quantités de déchets*

Le ministère de la Santé, le ministère de l'Environnement et l'Association des hôpitaux de l'Ontario entreprennent actuellement une étude sur les quantités de déchets biomédicaux produits en Ontario. Les données, une fois compilées, permettront aux comités de planification régionaux de déterminer les dimensions de leur installation.

*Modifications aux règlements*

Afin de faciliter la mise en vigueur de la stratégie, certaines modifications aux règlements provinciaux, dont les Règlements 461/86 de la *Loi sur les hôpitaux publics* et le Règlement 309 de la *Loi sur la protection de l'environnement*, se révéleront peut-être nécessaires. Pour l'instant, en vertu de la *Loi sur les hôpitaux publics*, le ministère de la Santé n'est habilité à financer intégralement que le coût de remplacement des incinérateurs, d'où l'amendement possible de la *Loi*

*sur les hôpitaux publics* pour permettre le financement de moyens autres que l'incinération dans les installations régionales. En outre, la définition de « déchets pathologiques » figurant dans le Règlement 309 de la *Loi sur la protection de l'environnement* sera amendée et renommée « déchets biomédicaux ».

*Critères de conformité*

Afin de favoriser l'emploi de méthodes autres que l'incinération, les comités de planification et le secteur privé devront tout connaître des solutions qui s'offrent à leur choix. À cette fin, le ministère de la Santé, le ministère de l'Environnement et l'Association des hôpitaux de l'Ontario ont entrepris d'évaluer l'emploi d'autoclaves, de micro-ondes, de macro-ondes et de broyage et de désinfection (Hammermill), tous des moyens éprouvés. De cette évaluation émaneront les critères de conformité (rendement et exploitation) sur lesquels se fonderont le comités régionaux pour planifier l'emploi de méthodes autres que l'incinération.

Toujours dans le cadre de la stratégie proposée, le ministère de l'Environnement, le ministère de la Santé et l'Association des hôpitaux de l'Ontario estimeront les quantités de déchets à traiter et se prononceront sur la pertinence des méthodes de non incinération étudiées. Nécessaire également sera l'évaluation des coûts actuels du traitement de déchets biomédicaux, évaluation qui permettra d'identifier les économies susceptibles d'être réalisées. Les coûts d'investissement et d'exploitation de chacune des techniques proposées feront également partie du bilan que recevront les comités de planification régionaux.

## 3.5 Autorisations environnementales

Loi sur la protection de l'environnement

Il est proposé que l'autorisation des nouvelles installations de traitement de déchets biomédicaux se fasse en vertu de la partie V de la *Loi sur la protection de l'environnement*, que les installations soient de propriété publique ou privée, ou le résultat d'une entreprise commune. Cette autorisation s'appuiera sur une évaluation technique rigoureuse des moyens proposés. Toutes les installations sanctionnées par les comités de planification régionaux et planifiées conformément au cadre de référence établi plus haut, qu'elles soient mises de l'avant par le secteur privé, le secteur public ou une entreprise commune, seront autorisées à la conclusion du processus d'approbation prévu par la *Loi sur la protection de l'environnement*.

Loi sur les évaluations environnementales

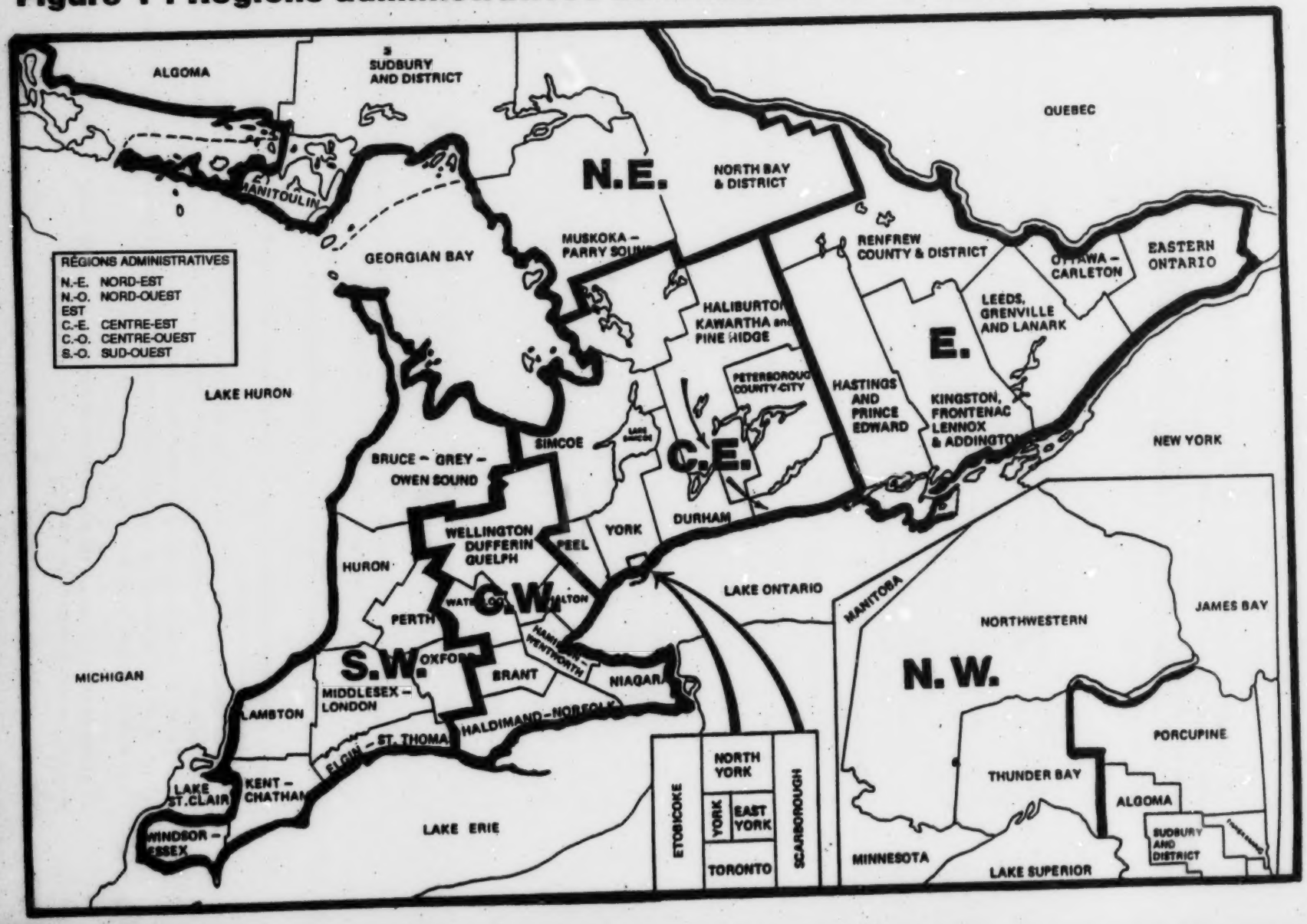
Également soumises au processus d'approbation de la *Loi sur la protection de l'environnement* seront les installations de propriété privée, traitant sur place des déchets biomédicaux. La désignation des installations qui reçoivent des déchets

de l'extérieur et qui n'ont pas été conçues dans le cadre de la présente stratégie pourra se faire aux termes de la *Loi sur les évaluations environnementales*. La ministre de l'Environnement pourra intervenir dans toute décision de la *Loi sur les évaluations environnementales* touchant à la nécessité d'une installation et à son emplacement, ainsi qu'à l'examen des options proposées, à la méthode préférée et à l'étendue de la consultation publique.

*Audience publique*

Il est proposé que le processus d'approbation des installations aux termes de la partie V de la *Loi sur la protection de l'environnement* comprenne une audience publique grâce à laquelle les parties intéressées pourront manifester leur appui ou présenter leurs considérations. Dans le cas des installations régies par la *Loi sur les évaluations environnementales*, les parties intéressées pourront s'en remettre à la ministre de l'Environnement ou se rapporter au jugement de la Commission des évaluations environnementales.

**Figure 1 : Régions administratives du ministère de la Santé**



# FIGURE 2 : DÉFINITION (PROPOSÉE) DE DÉCHETS BIOMÉDICAUX

24 mars 1992

Sont désignés par le terme *déchets biomédicaux* les déchets d'origine humaine ou animale produits par les établissements de soins de santé, les laboratoires de recherche médicale, les établissements d'enseignement de la médecine, les établissements d'enseignement de soins infirmiers, les laboratoires d'essais cliniques, les centres de recherches cliniques, les salles mortuaires, les établissements de pompes funèbres, les laboratoires d'essai et de fabrication de vaccins et les unités mobiles de soins de santé;

et se limitant :

a) aux déchets anatomiques humains, à savoir tous les tissus, tous les organes et toutes les parties du corps humain, sauf les dents, les cheveux et les ongles;

b) aux déchets animaux, à savoir tous les tissus, tous les organes et toutes les parties du corps, les carcasses, les litières, le sang et les produits sanguins, les objets imprégnés de sang, les liquides organiques contaminés par du sang, les liquides organiques prélevés à des fins de chirurgie, de traitement, d'autopsie ou de diagnostic, à moins qu'une personne compétente, désignée par le producteur de déchets, ait établi que ces déchets sont exempts des virus ou des agents pathogènes énumérés à l'annexe 5A;

c) aux déchets non anatomiques, se restreignant :

   i) aux cultures, aux stocks ou aux échantillons cellulaires soumis à des analyses microbiologiques, aux vaccins à virus vivants ou atténués, aux lignées cellulaires, aux cultures cellulaires (humaines ou animales) utilisées dans les laboratoires de recherche, et à tout objet qui serait entré en contact avec les matières organiques susmentionnées;

   ii) au sang (liquide ou semi-liquide) ou aux produits sanguins humains, aux objets contaminés par du sang et susceptibles de répandre du sang liquide ou semi-liquide, aux liquides organiques prélevés pendant la chirurgie, les traitements, les autopsies ou les diagnostics, sauf l'urine et les selles;

   iii) aux instruments tranchants, dont les aiguilles, les lames, le verre et tout autre objet capable de causer des ponctions ou des coupures;

d) aux autres déchets :

   i) qu'une personne compétente, désignée par le producteur de déchets, estime devoir nécessiter une manipulation particulière; ou

   ii) qui sont entrés en contact avec une personne recevant un traitement ou qu'on suspecte d'être porteuse d'un ou de plusieurs des virus ou des agents pathogènes répertoriés à l'annexe 5B;

Ne sont pas compris dans la catégorie des « déchets biomédicaux » :

i) les déchets provenant de l'élevage d'animaux domestiques (zootechnie);
ii) les déchets ménagers;
iii) les déchets régis par la *Loi sur la santé des animaux* (Canada), la *Loi sur les cadavres d'animaux* (Ontario), la *Loi sur l'inspection des viandes* (Canada), la *Loi sur l'inspection des viandes* (Ontario) ou la *Loi sur les animaux destinés à la recherche* (Ontario);
iv) les déchets provenant de la production alimentaire, de l'entretien général ou de la gestion des installations susmentionnées.

**La présente définition ne s'applique pas aux déchets non anatomiques susmentionnés qui ont été désinfectés ou décontaminés au moyen d'un procédé approuvé par le directeur.**

Règlement 309 de l'Ontario

**Annexe 5A (proposée)**

## Agents pathogènes provenant de déchets biomédicaux d'origine animale

### Bactéries

Bacillus anthracis
Brucella (toutes espèces)
Francisella tularensis, type A (biovar tularensis)
Mycobacterium avium; M. bovis (de souches autres que BCG); M. tuberculosis
Pseudomonas malleri; P. pseudomallei
Yersinia pestis

### Virus

Les virus sont classés par famille ou genre. Les virus transmis par des arthropodes sont identifiés par deux astérisques.

Arenovirus
- Virus de la chorioméningite lymphocytaire (neurotropes)

Virus Bunyamwera
- Virus Bunyamwera non classés
  - Virus de la fièvre fluviale de Corée et virus de la néphrose épidémique

Herpèsvirus
- Gammaherpèsvirus
  - Rhabdinovirus; herpèsvirus ateles; herpèsvirus du saïmiri

Rétrovirus
- Virus oncogènes
  - Virus oncogènes C
    - Virus leucémogènes/lymphomateux
      - (HTLV-I, HTLV-II, si mis en culture)
  - Virus oncogènes D
    - Virus du singe Mason-Pfizer
    - Virus des primates
- Lentivirus
  - Virus de l'immunodéficience humaine (HIV), tous des isolats si mis en culture)

## Agents pathogènes provenant de déchets biomédicaux d'origine animale (page 2)

- Rhabdovirus
  - Vésiculvirus
    - Piry
  - Virus des lysses
  - Virus de la rage, virus des rues

- Togavirus
  - Genre des alphavirus**
    - Virus de l'encéphalite équine de l'Est
    - Virus chikungunya (isolats récents)
    - Virus encéphalitique du cheval du Vénézuela (sauf les virus de souche TC-83)

- Virus non classés
  - Agents névropathiques infectieux
    - Agent du kuru, agent de la pseudo-sclérose spastique de Jakob (également répertorié au niveau 2; le niveau de l'agent soupçonné est fonction de la nature des manipulations et de la quantité des matières sériques et biologiques.
- Arenavirus
  - Virus de Lassa, virus Junin et virus Machupo

- Bunyavirus**
  - Nairovirus
    - Fièvre hémorragique Crimée-Congo

- Filovirus
  - Virus de Marburg
  - Virus d'Ebola

- Flavivirus**
  - Virus de l'encéphalite à tiques, dont :
    - le virus de l'encéphalite verno-estivale russe
    - de la forêt de Kyasanur et
    - le virus de la fièvre hémorragique d'Omsk

- Herpèsvirus
  - Alphaherpèsvirus
    - Herpèsvirus simplex : herpèsvirus B
    - (virus B du singe)
- Poxvirus
  - Genre des orthopoxvirus
    - Virus de la variole
    - Virus de la variole du singe

Règlement 309 de l'Ontario

**Annexe 5B proposée**

**Agents pathogènes provenant de déchets biomédicaux « autres »
et nécessitant une manipulation particulière**

Bactérie

Chlamydia psittaci

Rickettsia
Coxiella burnetti

Virus
Arenavirus
Virus de Lassa, virus Junin et virus Machupo

Bunyavirus**
Nairovirus
Fièvre hémorragique Crimée-Congo

Filovirus
Virus de Marburg
Virus d'Ebola

Flavivirus**
Virus l'encéphalite à tiques, dont :
le virus de l'encéphalite verno-estivale russe
de la forêt de Kyasanur et
le virus de la fièvre hémorragique d'Omsk

Herpèsvirus
Alphaherpèsvirus
Herpèsvirus simplex : herpèsvirus B
(virus B du singe)

Poxvirus
Genre des orthopoxvirus
Virus de la variole
Virus de la variole du singe